

VU Research Portal

Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht

Alhafaji, F.Y.; Frederiks, B.J.M.; Legemaate, J.

published in

Tijdschrift voor mediation (TMD)
2009

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Alhafaji, F. Y., Frederiks, B. J. M., & Legemaate, J. (2009). Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht. *Tijdschrift voor mediation (TMD)*, 13(3), 18-42.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht

Yasmine Alhafaji, Brenda Frederiks & Johan Legemaate

1. Inleiding

Patiënten in de gezondheidszorg hebben verschillende mogelijkheden en procedures om klachten te uiten. Een van die mogelijkheden is het wettelijk tuchtrecht, zoals dat geregeld is in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). In 2002 is de Wet BIG geëvalueerd.¹ In het kader van deze evaluatie zijn burgers en beroepsbeoefenaren gevraagd naar de kennis, ervaringen met en opvattingen over het tuchtrecht van de Wet BIG.² De meningen en ervaringen van klagers in het tuchtrecht zijn in het kader van deze evaluatie echter niet onderzocht. Evenmin is er onderzoek gedaan naar de ervaringen en de positie van beroepsbeoefenaren tegen wie een tuchtklacht is ingediend. Over hun ervaringen is slechts anekdotische informatie bekend.³ Het ontbreken van empirische gegevens op dit gebied was de aanleiding voor de studie waarvan in deze publicatie verslag wordt gedaan. Deze studie maakt deel uit van een groter project dat zich richt op de samenhang tussen de verschillende klachtmogelijkheden in de Nederlandse gezondheidszorg.⁴ De vraagstelling van deze studie luidde: welke meningen en ervaringen hebben patiënten en beroepsbeoefenaren die ervaring hebben opgedaan met het wettelijk tuchtrecht en welke verbeteruggesties doen zij als het gaat om het tuchtrecht? De subvraagstelling luidde: welke beweegredenen hebben patiënten voor het indienen van de tuchtklacht, mede in relatie tot de houding van de beroepsbeoefenaar, en wat zijn de verwachtingen van klagers en aangeklaagden met betrekking tot de tuchtrechtprocedure?

In dit artikel worden eerst het doel en de opzet van deze studie beschreven, alsmede de gebruikte methode (par. 2). Vervolgens worden het doel en de opzet van de tuchtrechtprocedure geschetst (par. 3). Daarna worden de resultaten beschreven (par. 4), waarbij de volgende deelonderwerpen aan bod komen:

- 1 J.M. Cuperus-Bosma, H.D.C. Roscam Abbing, J.K.M. Gevers, e.a., *Evaluatie Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2002.
- 2 Ibid., p. 63. Zie ook F.A.G. Hout, *The Dutch disciplinary system for health care. An empirical study*, Amsterdam: VU 2006.
- 3 H. Buijssen & S. Buis, *Uit de praktijk – Indringende ervaringsverhalen van artsen: een gids voor zelfhulp en nazorg na incidenten*, Tilburg: TRED 2003; M. Melchior, *De angst blijft*, Medisch Contact 2004/59 (30/31), p. 1218-1222.
- 4 En wel van een promotieonderzoek naar het 'Stelsel van klachtenprocedures in de Nederlandse gezondheidszorg'. Het promotieonderzoek is gestart in mei 2006 en richt zich op de efficiëntie en doeltreffendheid van klachtenprocedures in de Nederlandse gezondheidszorg. Zie F.Y. Alhafaji, B.J.M. Frederiks & J. Legemaate, *Samenloop van klachtenprocedures in de Nederlandse gezondheidszorg*, Tijdschrift Klachtenmanagement in de zorg 2007/4 (3), p. 23-27.

- de arts-patiëntcommunicatie na het incident/voorval, beweegredenen voor het indienen van de tuchtklacht en arts-patiëntcommunicatie na het indienen van de tuchtklacht;
- de verwachtingen van respondenten ten aanzien van de tuchtrechtprocedure en het tuchtcollege;
- de ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met de zitting;
- meningen van klagers over het tuchtrecht, impact en tevredenheid met de tuchtrechtprocedure;
- het natraject;
- gevolgen van de tuchtzaak voor de aangeklaagden;
- verbeteruggesties met betrekking tot het tuchtrecht.

Ten slotte worden in paragrafen 5 en 6 conclusies getrokken en enkele aanbevelingen gedaan.

2. Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is opgezet als een kwalitatief, juridisch-empirisch⁵ onderzoek. Er is een analyse gemaakt van de literatuur, wetgeving (in het bijzonder de Wet BIG en de jurisprudentie van de tuchtcolleges). De literatuurstudie richtte zich op bestaande gegevens betreffende de opvattingen over en de ervaringen met het tuchtrecht van klagers en aangeklaagde artsen. Omdat rechtsregels niet los gezien kunnen worden van de praktijk, zijn daarnaast ervaringen van de respondenten⁶ met de praktijk onderzocht, door middel van een kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews. Er is voor kwalitatief onderzoek gekozen, omdat met betrekking tot de ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen in het tuchtrecht nog nauwelijks empirische gegevens bestaan en het er in de eerste plaats om gaat het scala van ervaringen en meningen van deze partijen te verkennen en in beeld te brengen. Kwalitatief onderzoek biedt daarvoor betere mogelijkheden dan een kwantitatieve aanpak, aangezien door middel van semigestructureerde interviews een scherper beeld kan worden verkregen van de achtergronden van de meningen en ervaringen van de respondenten.⁷ Een van de beperkingen van kwalitatief onderzoek is dat terughoudendheid geboden is ten aanzien van de algemene geldigheid en generaliseerbaarheid van de bevindingen.⁸ Aan de hand van kwalitatief onderzoek kunnen geen uitspraken worden gedaan over de omvang en de frequentie van bepaalde verschijnselen. Zoals gezegd, is echter het doel van dit onderzoek het verkennen en in beeld brengen van de belevenissen van de respondenten

5 Zie bijv. B.J.M. Frederiks, *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2004, p. 41.

6 Met respondenten worden in dit artikel bedoeld: klagers en aangeklaagden tezamen.

7 D.B. Baarda, M.P.M. de Groot & J. Teunissen, *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Houten: Stenfert Kroese 2005.

8 Zie bijv. M. van Zwieten & D. Willems, *Waardering van kwalitatief onderzoek*, Huisarts & Wetenschap 2004/46, p. 635; K.J. Mulderij, *Waarschuwing: dreigend overschot! Over te veel methode in de jaren negentig*, in: B. Levering & P. Smeyers, *Opvoeden en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek*, Amsterdam: Boom 1999, p. 296-297.

en niet zozeer om uitspraken te doen over de mate waarin deze belevenissen en opvattingen voorkomen.

2.1. Selectie van de respondenten

Het tuchtrecht zoals geregeld in de Wet BIG strekt zich uit tot acht beroepsgroepen in de gezondheidszorg: artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Jaarlijks worden ongeveer 1.400 tuchtklachten ingediend, waarvan gemiddeld 80% tegen artsen.⁹ Mede vanwege de relatief beperkte omvang van dit onderzoek, zijn alleen de meningen en ervaringen van aangeklaagde artsen onderzocht.¹⁰ Aangeklaagden uit de andere beroepsgroepen zijn buiten beschouwing gelaten.

Voor het werven van respondenten is de medewerking gevraagd van vijf Regionale Tuchtcolleges en van het Centrale Tuchtcollege. De tuchtcolleges werd gevraagd de brieven, opgesteld door de onderzoekers, aan de respondenten door te sturen. De brief bevatte informatie over het onderzoek, de aard en de inhoud van het met de respondenten te houden interview. In het algemeen werden aan de selectie van respondenten drie voorwaarden gesteld:

1. geen klagers en aangeklaagden uit dezelfde zaak, om te voorkomen dat de specifieke inhoud van de desbetreffende zaken te veel aandacht zou krijgen en een te grote beperking zou optreden van het aantal zaken waarop de ervaringen en meningen van de respondenten betrekking hadden;
2. uitsluitend zaken waarin de patiënt zelf (of een nabestaande van de patiënt) als klager was opgetreden;
3. uitsluitend zaken die daadwerkelijk tot een zitting van het tuchtcollege hadden geleid.

Om voorwaarde 1 te kunnen realiseren, werden de respondenten als volgt geselecteerd. De klagers werden geselecteerd uit de laatste zeven zaken waarin de colleges in 2006 een uitspraak hadden gedaan. De aangeklaagde artsen werden geselecteerd uit de eerste zeven zaken waarover in 2007 een uitspraak was gedaan.¹¹ In totaal zijn (6 x 7 =) 42 brieven aan de klagers opgestuurd en 42 aan de aangeklaagde artsen. In totaal hebben achttien klagers (43%) en zestien aangeklaagde artsen (38%) positief gereageerd. Van drie aangeklaagde artsen kregen de onderzoekers een negatieve reactie. Gezien de gevoeligheid van het onderzoeksonderwerp kan de respons onder beide groepen respondenten als goed worden gekarakteriseerd.¹²

9 In 2006 en 2007 ging het om respectievelijk 1.332 en 1.441 ingediende klachten. Zie Jaarbericht IGZ 2006, te vinden op <www.igz.nl/publicaties/jaarrapportages/jaarbericht> en Gezamenlijk Jaarverslag Tuchtcolleges 2007, te vinden op <www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/overdetuchtcolleges/documentatie>.

10 Een andere reden hiervoor was ook dat het bredere promotietraject waarvan deze studie deel uitmaakt zich beperkt tot klachtrecht over het handelen van artsen. Zie F.Y. Alhafaji e.a., zie noot 4.

11 Bij het kwalitatief onderzoek wordt gemiddeld gedacht aan het houden van ongeveer twintig interviews, waarna veelal het verzadigingsniveau is bereikt en volgende interviews niet veel nieuwe informatie meer opleveren. De aanvankelijke respons was geschat op 50%.

12 D.B. Baarda, zie noot 7.

Tabel 1: Klagers

Geslacht	Leef-tijd	Opleiding	Klager	Aan-geklaagd	Klacht	Uitspraak
V: 10 M: 8	25-45: 8 45-65: 6 65+: 4	Basis/ lagere school: 3 Lager/ middelbaar onderwijs: 9 Hoger onderwijs: 6	Patiënt zelf: 13 Familie- leden (na het overlijden van pat.): 5	Specialisten: 15 Huisartsen: 7	Medische fout: 14 Medische verklaring: 4 Voorschrijven (verkeerde) medicijnen: 2 Weigering diagnose vaststellen: 1 Bejegening: 1	Waarschuwing: 11 Berisping: 4 Ongegrond: 6 Niet-ontvankelijk: 1

Tabel 2: Aangeklaagde artsen

Geslacht	Leeftijd	Specialisatie	Klacht	Uitspraak
M: 12 V: 4	25-45: 5 45-65: 9 65+: 2	Specialisten: 10 Huisarts: 5 Basisarts: 1	Medische fout: 6 Verkeerde begeleiding: 3 AMK melding: 2 Afleggen medische verklaring [med. advies]: 2 (Niet) voorschrijven medicijnen: 2 Onvoldoende aantekeningen dossier: 1	Waarschuwing: 6 Voorw. schorsing: 1 Ongegrond: 8 Geen uitspraak: 1

2.2. Kenmerken van de respondenten

De kenmerken van alle respondenten zijn opgenomen in de tabellen 1 en 2. In tabel 1 zijn de gegevens van de klagers opgenomen. Tabel 2 bevat de informatie van de aangeklaagde artsen.

Het grootste aantal klachten in tabel 1 heeft betrekking op een medische fout, waaronder door de klagers wordt verstaan: het uitvoeren van een foutieve operatie (vijf, in drie gevallen met de dood als gevolg), slechte observatie (3), te laat vaststellen van de diagnose (3) en het vaststellen van de verkeerde diagnose (3). Ook in tabel 2 is de grondslag voor de meest ingediende klachten een medische fout. Het gaat om: het overlijden van de patiënt (2), onvoldoende anamnese (2), te late doorverwijzing (1) en de foutieve operatie (1). In negen gevallen hebben de klagers de klacht samen met een familielid ingediend.

Van het aantal ingediende tuchtklachten wordt maar een relatief gering percentage gegrond verklaard: in 2006 17% en in 2007 13%.¹³ Uit tabel 1 en 2 komt naar voren dat in dit onderzoek het aantal gegrondverklaringen in beide groepen is oververtegenwoordigd in verhouding tot de landelijke cijfers. In tabel 1 zijn door achttien klagers in totaal 22 artsen aangeklaagd, waarvan in maar liefst vijftien gevallen (68%) aan de arts een maatregel werd opgelegd. Bij de tweede groep (aangeklaagde artsen) ligt het percentage van de gegrondverklaringen wat lager, 47%, maar nog steeds boven het landelijk gemiddelde. In de slotparagraaf komen wij hierop nog terug.

Alle geïnterviewde artsen waren voor de eerste keer bij het tuchtcollege aangeklaagd. Elf van de zestien aangeklaagde artsen werden in de procedure vertegenwoordigd door een advocaat of een jurist. Van de achttien geïnterviewde klagers werden er in de procedure slechts vier vertegenwoordigd door een advocaat. De grote meerderheid zag daarvan af vanwege de kosten. Enkele patiënten kozen er welbewust voor om zelf hun zaak te verdedigen. Van de achttien ondervraagde klagers hebben elf naast de tuchtrechtprocedure tevens de civiele procedure gestart voor het verkrijgen van schadevergoeding. In zeven gevallen komen de uitspraken van beide instanties overeen, dat wil zeggen door beide instanties is de klacht positief dan wel negatief beoordeeld.

Vier klagers die op het moment van het onderzoek nog geen claim hebben ingediend, overwegen serieus dat alsnog te gaan doen. Bij de aangeklaagde artsen is er in slechts twee gevallen naast de tuchtrechtprocedure tevens de schadeclaim ingediend.

2.3. Aanpak van de interviews

De interviews waren semigestructureerd en werden afgenomen aan de hand van een topiclijst. Deze topiclijst bestond uit de volgende onderdelen: persoonlijke gegevens, gegevens over de tuchtklacht en de uitspraak, feiten en aanleiding tot de klacht, voortraject, contact met aangeklaagde (resp. klager), werkwijze en uitkomst van de tuchtrechtprocedure en verbeterpunten. De onderwerpen uit de topiclijst kwamen aan bod door middel van een open beginvraag en werden door middel van vervolgvragen verder uitgediept.¹⁴ Hierdoor was het mogelijk zo veel mogelijk aan te sluiten bij de inhoud en interpretatie die de respondenten zelf gaven aan de thema's van de topiclijst.¹⁵

13 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, Jaarverslag 2006 en 2007. In het Jaarverslag 2007 worden de gegrondverklaringen berekend op basis van de beslissingen gewezen na de zitting (430 klachten, waarvan 184 gegrond zijn verklaard: 43%). In dit artikel worden de cijfers genoemd op basis van het aantal binnengekomen klachten (1.441, waarvan 184 gegrond zijn verklaard: 13%). Gegrondverklaringen zonder oplegging van maatregel zijn inbegrepen. Te vinden op <www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/overdetuchtcolleges/documentatie>.

14 D.B. Baarda, zie noot 7, p. 7. Zie ook J. Brinkman, *Onderzoeksmethodologie voor de gezondheidszorg*, Groningen: Wolters-Noordhoff 1983, p. 51.

15 D.B. Baarda, zie noot 7.

Tabel 3: Codes en thema's

Codes	Thema's
Aanwezigheid arts, aarzeling tuchtklacht, advocaat, arts op de zitting, belangrijke aspecten tuchtprocedure, bestaan tuchtcollege, centrale database, claim, contact met arts, contact met anderen, contact na het indienen van tuchtklacht, contact na de uitspraak, CTG, duur procedure, ervaring met tuchtprocedure, één medische wereld, financiële compensatie, hoger beroep, huidige samenstelling, impact handeling arts, instantie versus klager, opstelling arts, reactie arts, reden tot klacht, RTC Amsterdam, RTC Den Haag, RTC Eindhoven, RTC Groningen, RTC Zwolle, samenstelling nieuw voorstel, samenloop, tevredenheid met tuchtprocedure, tuchtprocedure algemeen, uitkomst en betekenis, verandering in contact, verandering in praktijk, verbeterpunten, vervolgtraject EHRM, verwachting van arts, verwachting van tuchtcollege, verwachting van tuchtprocedure, voorkomen klacht, voortraject directie, voortraject IGZ, voortraject IKG, voortraject intern onderzoek, voortraject klachtencommissie, voortraject klachtenfunctionaris, voortraject Ombudsman, voortraject strafrecht, werkwijze tuchtcollege, zwakte van patiënt	Arts-patiënt-contact, reden indienen tuchtklacht, voorkomen tuchtklacht, verwachtingen van tuchtrecht, verwachting van tuchtcollege, ervaringen met zitting, tevredenheid met tuchtrecht en -procedure, impact tuchtrechtprocedure, verbeterpunten

2.4. Analyse van de interviews

Alle interviews zijn met instemming van de respondenten opgenomen en daarna volledig uitgetypt. Vervolgens zijn de uitgeschreven teksten geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti (versie 5.2). Ieder belangrijk fragment kreeg een code toegekend. Van beide groepen respondenten zijn in totaal 52 codes aangemaakt. Alle aangemaakte codes werden geordend onder thema's. De aangemaakte codes en thema's zijn opgenomen in tabel 3.¹⁶

3. Doel en globaal verloop van de tuchtrechtelijke procedure

De doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van de beroepsbeoefenaren. Daarmee dient het tuchtrecht vooral het algemeen belang en niet, of in elk geval minder, het individuele belang van de klager.¹⁷

16 Deze onderwerpen zijn genoemd in alfabetische volgorde.

17 D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2006, p. 209.

In eerste aanleg wordt de tuchtrechtspraak uitgeoefend door het Regionaal Tuchtcollege. In Nederland zijn er vijf regionale tuchtcolleges in Groningen, Zwolle, Amsterdam, Den Haag en Eindhoven. De zaken in hoger beroep worden behandeld door het Centraal Tuchtcollege, dat in Den Haag is gevestigd. Het Regionaal Tuchtcollege bestaat uit twee rechtsgeleerde leden (de voorzitter en de secretaris) en drie leden-beroepsgenoten. Volgens de wet dienen ten minste twee leden-beroepsgenoten tot dezelfde categorie te behoren als degene over wie is geklaagd. Het Centraal Tuchtcollege telt drie rechtsgeleerde leden (de voorzitter, de secretaris en een lid-jurist) en twee leden-beroepsgenoten. Ook hier geldt de voorwaarde dat ten minste een van de leden-beroepsgenoten tot dezelfde beroepscategorie dient te behoren als de aangeklaagde beroepsbeoefenaar.

De handeling van de beroepsbeoefenaar wordt getoetst aan de tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47 Wet BIG. Ingeval de klacht gegrond wordt verklaard, kan het tuchtcollege (op grond van art. 48 Wet BIG) de volgende maatregelen opleggen: waarschuwing, berisping, geldboete (van ten hoogste € 4.500), schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar, gedeeltelijke ontzegging bevoegdheid beroep uit te oefenen en doorhaling in het BIG-Register. Een andere maatregel die de laatste jaren door de tuchtcolleges steeds vaker wordt toegepast, is gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel. De klacht kan overigens ook kennelijk ongegrond, niet-ontvankelijk of ongegrond worden verklaard.

Na het indienen van de tuchtklacht vinden er enkele schriftelijke rondes plaats waarin partijen op elkaars standpunten kunnen reageren. Na afloop van de schriftelijke ronde worden beide partijen door het tuchtcollege in de gelegenheid gesteld in het kader van het mondeling vooronderzoek te worden gehoord. De partijen zijn vrij om daarvan af te zien. Indien slechts een van de partijen op het verzoek ingaat, wordt deze partij (of beide) uitgenodigd voor de hoorzitting. De hoorzitting wordt gehouden achter gesloten deuren onder leiding van een lid of plaatsvervangend lid, dan wel door de secretaris of plaatsvervangend secretaris van het tuchtcollege. Na het vooronderzoek besluit het tuchtcollege of de zaak ter zitting zal worden behandeld.

Het onderhavige onderzoek richtte zich nadrukkelijk op die situaties waarin de volledige procedure werd doorlopen, dus inclusief de behandeling van de tuchtklacht op een openbare zitting. Niettemin is het van belang in te gaan op de relatie tussen het indienen van een tuchtklacht en bemiddeling of mediation. Zoals hiervoor vermeld, bevat de wet de mogelijkheid van een vooronderzoek op vrijwillige basis, tijdens welk vooronderzoek degene die dit onderzoek verricht een minnelijke schikking kan voorstellen (art. 65 lid 3 Wet BIG). Van de mogelijkheid een vooronderzoek in te stellen, wordt blijkens het jaarverslag van de tuchtcolleges relatief weinig gebruikgemaakt: ongeveer 200 keer per jaar, op een totaal van ongeveer 1.300 ingediende klachten per jaar. Dit geringe aantal lijkt samen te hangen met de gedachte dat als een tuchtklacht eenmaal ingediend is, er nauwelijks ruimte meer is voor een minnelijke oplossing. Het besloten vooronderzoek en de latere openbare zitting worden dan dublures. Dan wordt het om redenen van tijdsinvestering en voortgang aantrekkelijk niet te opteren voor een mondeling vooronderzoek. Enkele

tuchtcolleges steken de nodige energie in bemiddeling of mediation ‘aan de poort’, door onmiddellijk na het indienen van de klacht bij het college na te gaan of bemiddeling een optie is. Over de omvang en resultaten van deze aanpak zijn geen onderzoeksgegevens bekend. Wel kan uit de discrepantie tussen het aantal ingediende klachten en het aantal klachten dat uiteindelijk ter zitting behandeld wordt, worden afgeleid dat in de loop van het proces een aanzienlijk aantal klachten afvalt. In een aantal gevallen wordt de klacht door de indiener ervan ingetrokken. Een van de mogelijke oorzaken daarvan is bemiddeling in een vroege fase door het secretariaat van het tuchtcollege. In het algemeen is de relatie tussen het tuchtrecht en bemiddeling/mediation ambivalent. Vanwege de primaire doelstelling van het tuchtrecht, is het belangrijk dat uitspraken van tuchtcolleges worden gepubliceerd. In het geval van bemiddeling of mediation die leidt tot het intrekken van de klacht, komt het niet tot een beoordeling van de klacht door het tuchtcollege en dus ook niet tot een openbare uitspraak. Er is dan niet de mogelijkheid om uit de procedure algemene kwaliteitslessen te trekken. Dat zet de primaire doelstelling van het tuchtrecht enigszins onder druk.

4. De resultaten van het onderzoek

Hierna worden per thema de resultaten van het onderzoek weergegeven. Om deze resultaten in een context te plaatsen, begint elke subparagraaf met een korte introductie van de bestaande gegevens over klachten in de gezondheidszorg en in het tuchtrecht, op basis van nationale en internationale literatuur. Vervolgens worden de meningen en ervaringen van de respondenten besproken.

4.1. Arts-patiënt-contact voorafgaand aan het tuchtrechtelijke traject

Een centraal thema wordt gevormd door het contact tussen arts en patiënt, in het bijzonder waar het gaat om de communicatie. De vragen tijdens het interview hadden met name betrekking op de houding van de arts, op zijn reactie na het incident/voorval en op de beweegredenen van de patiënt voor het indienen van de tuchtklacht. De achterliggende vraag was: hoe het zo ver kon komen dat de patiënt (of zijn naasten) een tuchtklacht indiende? Deze bevindingen zijn opgenomen in de subparagraaf 3.1.1 over het voortraject. Vervolgens wordt het arts-patiënt-contact beschreven na het indienen van de tuchtklacht.¹⁸

4.1.1. Voortraject

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat er geen verschillen bestaan in de professionele deskundigheid van niet-aangeklaagde en aangeklaagde artsen. Dat betekent dat in overwegende mate andere factoren een rol spelen bij het indienen van de

18 In par. 4.5 wordt het natraject besproken: de arts-patiënt-communicatie na de uitspraak van het tuchtcollege.

klacht.¹⁹ De conclusie van eerder onderzoek naar de motieven van patiënten om een klacht in te dienen, luidt dat de houding van de arts daarbij een bepalende rol kan spelen. Bepalende aspecten van de houding van de arts zijn: onverschilligheid, arrogantie, maar ook een dominante, defensieve en weinig open houding.²⁰

In dit onderzoek is de patiënten gevraagd naar de houding van de artsen na het incident waarop de tuchtklacht betrekking had. De resultaten laten zien dat vrijwel alle klagers hun eigen arts als 'arrogante arts' kenmerken. De term 'arrogantie' werd echter door klagers op verschillende manieren uitgelegd. Zo worden bijvoorbeeld de ontkenning van het verwijt, het niet willen luisteren, maar ook de onverschilligheid van artsen als arrogantie beschouwd. Soms wordt onverschilligheid van de arts afgeleid uit een afstandelijke houding:

[Naaste van een patiënt]: 'De arts praatte met hem [patiënt] vanuit de deur van de kamer, terwijl hij [patiënt] bijna dood lag. Deze arts ging nooit bij het bed staan en was helemaal niet betrokken.'²¹

Andere door patiënten ervaren elementen zijn: het negeren van de patiënt omdat de patiënt geen deskundige op het medisch gebied is en het niet serieus nemen van patiënten.

Aan de aangeklaagde artsen werd de vraag gesteld of de patiënten hun klachten eerst met hen hadden besproken, maar ook of zij na het indienen van de tuchtklacht contact met de patiënt hadden gezocht. Op de eerste vraag werd vrijwel unaniem geantwoord dat hoewel de ontevredenheid van de patiënt of familie de arts bekend was, het indienen van een klacht bij de tuchtrechter voor de arts als een verrassing kwam. Veruit de meeste artsen hadden na het indienen van de tuchtklacht geen contact meer met de klager gehad. Hiervoor werden verschillende redenen genoemd. Bijna de helft van de artsen gaf aan contact met de patiënt na het indienen van de tuchtklacht niet zinvol te achten, nu de klacht reeds was ingediend en het contact niets meer aan deze situatie kon veranderen. Als tweede reden noemden enkele artsen dat zij zich geschoffeerd of beledigd voelden door het indienen van de tuchtklacht. In enkele gevallen had de arts geen contact met de patiënt gehad, omdat deze zelf had aangegeven geen contact met de arts te willen hebben.

19 Zie bijv. H.J. Murff, e.a., Relationship between patient complaints and surgical complications, *Quality and Safety in Health Care* 2006/15, p. 13-16; A.E. Daniel, R.J. Burn & S. Horarik, Patients' complaints about medical practice, *MJA* 1999/170, p. 598-602; T.M. Kielhorn, Reducing risk by improving communication, *The Permanente Journal* 1997/1, p. 69; Poor communication lies at heart of NHS complaints, says ombudsman, *News, BMJ* 2004/328, p. 10.

20 J. Roberts, Doctors sued for uninterest, say researchers in US, *BMJ* 1994/309, p. 1461; B. Rice, How plaintiff's lawyers pick their targets, *Medical Economics* 2000/77 (8), p. 94; D.S. Berry, Accuracy in social perception: contributions of facial and vocal information, *Journal of Personality and Social Psychology* 1991/61, p. 298-307.

21 In dit artikel zijn alle citaten een letterlijke weergave van de gehouden interviews, inclusief taalfouten.

[Arts]: '(...) Via haar advocaat heeft de klaagster aangegeven dat ze geen behoefte had aan contact met mij. En ik heb haar mening gerespecteerd.'

Slechts enkele artsen hebben serieus overwogen contact met de patiënt te zoeken, maar dat werd hun door de bij de zaak betrokken juristen afgeraden.

[Arts]: 'Ik heb aan de jurist gevraagd: is het nuttig dat ik vóór de zitting nog contact met haar [klaagster] ga opzoeken? Maar eigenlijk werd mij dat afgeraden. Dat was een afweging van: wat zou dat kunnen opleveren?'

4.1.2. *Het voorkómen van de klacht*

De vraag naar de houding van de arts is onder meer van belang voor de beantwoording van de vraag of de arts het indienen van de tuchtklacht had kunnen voorkomen. Uit eerder onderzoek komen duidelijke aanwijzingen naar voren dat met een 'correcte' houding de arts het indienen van de klacht in een aantal gevallen kan voorkomen. Volgens deze onderzoekers neigen potentiële klagers ertoe geen klacht in te dienen, indien de arts de patiënt respectvol bejegent en compassie en begrip toont.²²

Bijna de helft van alle ondervraagde klagers in het onderhavige onderzoek antwoordde dat de arts het indienen van de tuchtklacht door zijn 'correcte' houding had kunnen voorkomen.

[Patiënt]: 'Ik ben een mens en als ik een meningsverschil heb of iets anders zie, dan praat ik daarover. En als hij [arts] de gelegenheid had gehad om met mij daarover te praten, dan had ik de tuchtklacht ook niet ingediend. Dat waren ook mijn laatste woorden bij het tuchtcollege. Toen zei ik: ik hoop op één ding, dat die arts hier wat van geleerd heeft. Dat hij in het vervolg met meer respect met de patiënten omgaat en daar ook naar luistert en niet arrogant is zoals nu.'

Volgens de andere ondervraagde patiënten had de arts het indienen van de tuchtklacht niet kunnen voorkomen, omdat de klacht medisch-inhoudelijk van aard was. Maar ook in een aantal van deze gevallen heeft de houding van de arts bij het indienen van de klacht meegespeeld:

[Patiënt]: 'Medisch inhoudelijk hadden we altijd redenen om een klacht in te dienen, maar op het moment dat hij sociaal gezien zich beter had gedragen, dus zeg maar, ons volwaardig had behandeld, beter had gecommuniceerd, aan ons het idee had gegeven dat hij zijn best deed, had ik het moreel bezwaarlijk gevoeld om een klacht tegen hem [arts] in te dienen. Want nu voelde ik me totaal vrij om een klacht in te dienen.'

22 Zie voetnoot 20. Zie ook C.A. Barry e.a., Giving voice to the lifeworld (sic). More human, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice, *Social Science & Medicine* 2001/53, p. 487-505; A. Lazare, Apology in medical practice, *JAMA* 2006/296 (11), p. 1401-1404; S.E. Bedell, T.B. Graboys, E. Bedell & B. Lown, Words that harm, words that heal, *Archives of Internal Medicine* 2004/164, p. 1365-1368.

In tegenstelling tot de klagers zijn de meeste aangeklaagde artsen van mening dat zij de tuchtklacht niet hadden kunnen voorkomen. Enkele artsen realiseerden zich dat betere communicatie met de patiënt het indienen van de tuchtklacht wel had kunnen voorkomen. Dat lukte naar hun overtuiging echter niet, omdat de patiënt van elke verdere communicatie had afgezien. Enkele van de geïnterviewde artsen zijn ervan overtuigd dat het alleen anders had kunnen lopen, indien zij op het verzoek van de patiënt waren ingegaan, zoals het alsnog voorschrijven van de medicijnen, het geven van een andersluidend advies, enzovoort. Maar dat was in de desbetreffende gevallen niet geïndiceerd, en dus in strijd met de professionele standaard. Bijna een derde van de artsen was in het algemeen van mening dat hun houding ten opzichte van de patiënt tuchtklachten kan voorkomen, maar nu juist niet bij deze patiënt:

[Arts]: 'Ik ben al de zevende arts op rij die door deze man [klager] voor het tuchtrecht is gedaagd (...) Die man heeft grote agressie tegen artsen. Na mij zijn er nog twee andere artsen aangeklaagd. Dus, hij heeft negen artsen voor het tuchtcollege gedaagd (...).'

4.2. Kennis van en verwachtingen inzake het tuchtrecht

4.2.1. Kennis over het tuchtrecht

De resultaten van de in 2002 gepubliceerde evaluatie van de Wet BIG lieten zien dat 73% van de ondervraagde burgers op de hoogte was van het bestaan van het wettelijk tuchtrecht. Het doel van het tuchtrecht bleek minder bekend te zijn (58% van de respondenten). De evaluatie wees ook uit dat de beroepsbeoefenaren beter over het tuchtrecht zijn geïnformeerd dan de burgers. Zo was 84% van de ondervraagde beroepsbeoefenaren bekend met het (kwaliteits)doel van het tuchtrecht.²³

De vraag die in het onderhavige onderzoek werd gesteld, luidde als volgt: hoe bent u op de gedachte gekomen om een tuchtklacht in te dienen en/of hoe heeft u over het bestaan van het tuchtcollege gehoord? De daaropvolgende vraag was: was u ook op de hoogte van de werkwijze van het tuchtcollege?

Voor de klagers bleek de belangrijkste bron over het bestaan van het tuchtcollege het internet te zijn. Daarnaast werden nog andere bronnen genoemd, zoals: rechts-hulp, Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG, tegenwoordig Zorgbelang), advies van andere artsen (niet zijnde de behandelend artsen).

Op de vraag of de klagers op de hoogte waren van de werkwijze van het tuchtcollege, antwoordde bijna de helft van het aantal geïnterviewde klagers positief. Dit kwam overeen met het aantal aangeklaagde artsen: ook van hen beantwoordde ongeveer de helft deze vraag positief. Buiten beschouwing bleef de detailkennis van de respondenten.

23 J.M. Cuperus-Bosma, e.a., zie noot 1, p. 100.

4.2.2. *Verwachtingen van de tuchtprocedure*

Zoals reeds eerder is opgemerkt, dient het tuchtrecht vooral het algemeen belang en niet, of in elk geval minder, het individuele belang van de klager.²⁴ Aan de klagers is gevraagd wat hun verwachtingen van de tuchtprocedure waren. De meesten van hen noemden in dat verband de bestraffing van de arts. Het begrip 'bestrafing' wordt echter door klagers op verschillende manieren geïnterpreteerd. Dat varieert van: het wijzen op de fouten ('de arts op de vingers tikken') tot het opleggen van een concrete maatregel. De voornaamste reden voor het indienen van de klacht is het krijgen van erkenning en het realiseren van gerechtigheid.

[Patiënt]: 'Hij hoefde van mij niet zijn baan te verliezen, maar ik vind dat iemand best een keertje op zijn fout gewezen mag worden.'

Een kleine groep klagers meent dat een gunstige uitspraak van het tuchtcollege tot een 'goede' financiële compensatie in de civiele procedure zou kunnen leiden.

In tegenstelling tot de klagers hadden de aangeklaagde artsen geen specifieke verwachtingen van de tuchtprocedure, behoudens dat er verheldering in de zaak wordt gebracht.

4.2.3. *Verwachtingen van het tuchtcollege*

Ook is de respondenten gevraagd welke concrete verwachtingen zij hadden van het tuchtcollege. Door de klagers werden met name de volgende elementen genoemd: onpartijdigheid, objectiviteit en deskundigheid. Maar ook verwachten de klagers van het tuchtcollege betrokkenheid bij hun zaak. Het blijkt dat klagers behoefte hebben aan de emotionele steun van het tuchtcollege. Tevens is voor de klagers van belang dat zij in de gelegenheid worden gesteld om hun verhaal te doen en dat zij serieus worden genomen.

[Patiënt]: 'Die mensen die naar het tuchtcollege gaan of die brieven schrijven (...) die hebben al een heel pijnlijke weg gehad. Die hebben hun moed verzameld, weten dat hun klacht toch niet gehoord wordt. Dus, voordat je met die brief komt, heb je die weg al afgelegd en wat je wilt, is dat je gehoord wordt. Je stem moet gehoord worden.'

In het algemeen verwachten de artsen van het tuchtcollege een objectief oordeel. In tegenstelling tot de klagers, die vooral gehoord willen worden, is het belangrijkste aspect voor de artsen dat het college zich heel goed voorbereidt.

[Arts]: 'Ik verwacht dat het tuchtcollege goed op de hoogte is en dat je niet je hele verhaal hoeft te vertellen, maar meer puntjes op de "i" zetten. Als het tuchtcollege niet voorbereid is, dan is het vervelend.'

24 D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, zie noot 17.

4.3. *Ervaringen met de zitting*

Aan alle respondenten is gevraagd hoe zij de sfeer tijdens de zitting hebben ervaren. De algemene indruk van de meeste klagers is positief. De voornaamste bezwaren van een klein deel van de klagers hebben betrekking op de samenstelling van het tuchtcollege: dat het college anders samengesteld was dan van tevoren aangekondigd was, dat het lid-beroepsgenoot niet aanwezig was, maar ook dat de administratieve afhandeling chaotisch verliep. Deze negatieve aspecten gaven de klagers de indruk dat het college niet deskundig genoeg was. Als negatief wordt ook ervaren dat de zitting in het gerechtsgebouw plaatsvindt, hetgeen ertoe bijdraagt dat de houding van het college wordt ervaren als te officieel en te afstandelijk, en als te weinig betrokken.

[Patiënt]: ‘Achter zo’n ronde tafel zitten, waardoor je een soort van gesprek krijgt, zou ik veel beter vinden. We hebben het hier niet over een strafrechtelijke procedure. Het is gewoon niet prettig als de voorzitter op ongeveer 80 meter van je af zit. Dat was een heel rare context.’

De afstandelijke houding van het college wordt in de ogen van klagers versterkt, doordat het college zich niet voorstelt en de klagers dus niet op de hoogte waren van de identiteit en de achtergrond van de leden. In enkele gevallen leidde dat tot verwarring. Enkele klagers waren er ontevreden over dat de communicatie tijdens de zitting niet direct tussen de klager en aangeklaagde verliep, maar uitsluitend via het tuchtcollege.

Ook de meerderheid van de artsen had de zitting positief ervaren, maar ook een aantal van hen vond de houding van het college te afstandelijk:

[Arts]: ‘(...) Ik ben gewoon gewend dat als mensen mijn kamer binnenkomen, dan geef ik hun mijn hand. Maar al die mensen daar, die rechter en andere mensen die daar zitten (...) ze stellen zich niet voor en geven ook geen hand (...) Toen dacht ik: wat is dat bizar.’

Ook een aantal artsen had er moeite mee dat de zitting in een gerechtsgebouw werd gehouden:

[Arts]: ‘Je komt in het gerechtsgebouw van de rechters. Ik moest door een detectiepoortje heen om te kijken of ik geen wapen bij mij had. Ik voelde me gecriminaliseerd.’

4.4. *Meningen over het tuchtrecht en de tuchtrechtprocedure*

Het oogmerk van het tuchtrecht is zoals gezegd: het bevorderen van het belang dat de samenleving heeft bij een zorgvuldige beroepsuitoefening in de gezondheidszorg²⁵ en het beschermen van het publiek. In vergelijking met andere juridische procedures is het tuchtrecht om die reden bedoeld laagdrempelig en toegankelijk te zijn.

25 Kamerstukken II 1993/94, 23 030, nr. 5.

Alle respondenten zien de tuchtrechtprocedure echter als een zeer formele en zakelijke procedure. Een grote meerderheid van de klagers ervaart deze procedure niet als laagdrempelig, niet alleen omdat ze niet op het medische gebied geschoold zijn, maar ook omdat de procedure veel energie en tijd kost.

[Patiënt]: ‘Weliswaar is er geen griffierecht, maar je moet veel doen. Je moet continu iets doen (...) Op verweer reageren en dan nog één keer en dan nog een zitting.’

Ook volgens de aangeklaagde artsen kost de tuchtprocedure veel energie en tijd. In tegenstelling tot de klagers meent bijna een derde van de aangeklaagden dat de procedure voor de klagers juist te laagdrempelig is, omdat de arts door iedere patiënt en voor elke handeling aangeklaagd kan worden.

4.4.1. *Impact tuchtrechtprocedure*

Een ruime meerderheid van de geïnterviewde klagers is van mening dat de tuchtprocedure emotioneel erg belastend is: door de aard en duur van de procedure, door de ingrijpende gevolgen voor de klager of zijn familie, maar ook vanwege de psychische druk die ontstaat als artsen hun schuld blijven ontkennen.

[Familielid]: ‘De artsen blijven hun schuld ontkennen en je moet iedere keer je verhaal helemaal opnieuw vertellen. Je moet bepaalde dingen weer herbeleven. En op het gegeven moment ben je dat gewoon zat.’

Buitenlandse onderzoeken laten zien dat klachten en klachtenprocedures ook een grote emotionele impact hebben op de aangeklaagde.²⁶ Vaak roepen de klacht en de klachtenprocedure gevoelens van onrechtvaardigheid en schaamte op. Ook de aangeklaagden die in het onderhavige onderzoek zijn geïnterviewd noemen vrijwel allemaal de grote emotionele impact, en met name de onzekerheid.

[Arts]: ‘Herhaaldelijk loop je alle stappen langs: heb ik dat goed gedaan, heb ik dat niet goed gedaan? Had ik dat beter moeten doen en waarom heb ik dat zo gedaan? Dat proces loopt continu door je hoofd heen (...).’

Naast onzekerheid, beïnvloedt ook de lengte van de procedure het functioneren van artsen.

26 Zie bijv. L. Nash, B. Curtis, M. Walton e.a., The response of doctors to a formal complaint, *Australian Psychiatry* 2006/14 (3), p. 246-250; T. Gallagher, A.D. Waterman, A.G. Ebers e.a., Patients' and Physicians Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Error, *JAMA* 2003/289 (8), p. 1001-1007; When a doctor is suspended so is family life, *Reviews*, *BMJ* 2001/322, p. 683; A. Spencer, Punishment by process, *BMJ* 2004/328, p. 774; A.W. Wu, Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too, *BMJ* 2000/320, p. 726-727; R.S. Shapiro, D.E. Simpson, S.L. Lawrence, A survey of sued and non-sued physicians and suing patients, *Archives Internal Medicine* 1989/149 (10), p. 2190-2196.

[Arts]: 'Je bent zo vaak daarmee bezig. Je zit op het gegeven moment naar die zitting uit te kijken. Hoewel je denkt: spannend ... Maar je hebt zoiets van: het moet gewoon klaar zijn, dat je op het gegeven moment kunt zeggen: dit is klaar en desnoods ... dan tikken ze me op mijn vingers ... Maar het móet nu afgerond zijn.'

Het mogelijke tijdsverloop tussen de aanleiding van de tuchtklacht en het einde van de procedure kan ook leiden tot detailverlies.

[Arts]: 'Voor het laatst heb ik met die mevrouw [klaagster] in 2004 contact gehad. Zij heeft in 2005 een klacht ingediend en nu is het 2008. Dat duurt een eeuw, vind ik. Ik kan niet meer precies zeggen wat ik 4 à 5 jaar geleden op het gesprek heb gezegd. Je weet gewoon de casus niet meer.'

Andere aspecten die door aangeklaagden werden genoemd, zijn: de ervaren aantasting van de integriteit, het voortdurend herbeleven van de feiten en de verschillen in benaderingswijze tussen de medische en de juridische discipline.

[Arts]: 'Zo zijn wij het niet gewend. Ik kom uit een chirurgische hoek en als er iets gebeurt of je wordt medisch geconfronteerd [met iets], dan moet je iets doen; je moet dat [direct] afhandelen.'

Voorts werd melding gemaakt van de impact van de tuchtprocedure op de familie van de aangeklaagde. Slechts enkele aangeklaagden waren van mening dat de gehele procedure weinig tot geen impact heeft gehad.

[Arts]: 'Binnen de geneeskunde zijn wij [de gynaecologen] degenen die het meest aangeklaagd worden. Dat was mij nooit eerder overkomen, maar je weet van tevoren dat het eens zou gebeuren.'

4.4.2. *Tevredenheid met de tuchtrechtprocedure*

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet BIG werd onder meer het verschil tussen de regeling van het tuchtrecht en andere bestaande klachtmogelijkheden besproken. De regering benadrukte in dat kader dat in tegenstelling tot het klachtrecht op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), die beoogt 'een cliënt de mogelijkheid te bieden door hem ervaren gevoelens van onvrede aan de betrokken zorgaanbieder te doen blijken en het recht van een cliënt op een reactie met betrekking tot zijn klacht vast te leggen', het tuchtrecht ertoe dient een handelen of nalaten van een beroepsbeoefenaar door een rechterlijk college te doen beoordelen.²⁷ Het tuchtcollege kan dan ook maatregelen opleggen, mits dat noodzakelijk is voor de bescherming van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Resultaten van ons onderzoek laten zien dat de grote meerderheid van de geïnterviewde klagers ontevreden is met de tuchtprocedure. Dit geldt om te beginnen voor

27 Kamerstukken II 1992/93, 23 040, nr. 3, p. 18-22.

de klagers wier klacht ongegrond werd verklaard. Vooral ook deze klagers meenden dat de artsen niets van de procedure hadden geleerd en dat er niet of onvoldoende naar hen was geluisterd.

[Patiënt]: 'Het college kijkt alleen naar het probleem en niet naar wat je doormaakte ... Niet naar jou, naar je persoonlijkheid.'

Maar ook onder de klagers wier klacht gegrond werd verklaard, was er in een aantal gevallen sprake van ontevredenheid met de tuchtprocedure. In de eerste plaats omdat een aantal klagers de opgelegde maatregel te laag vond in verhouding tot de door hen ervaren ernst van de handeling van de arts. In de tweede plaats omdat aan enkele van de maatregelen die een tuchtcollege kan opleggen geen verdere consequenties verbonden zijn:

[Klager]: 'Nou ja, een berisping ... Wat houdt dat in? Waar staat dat genoteerd? Staat dat op een bordje dat deze arts een berisping heeft gekregen? Nee. Dus, wat schiet je daarmee op?'

En in derde plaats omdat het tuchtcollege niet in staat is de handeling waarover geklaagd werd ongedaan te maken.

[Klager]: 'Mij was voorgesteld [door een advocaat] dat het een grote poppenkast is en dat het enige wat een arts kan krijgen een waarschuwing is en voor de rest boeit het niemand. En dat klopt ook. Een waarschuwing ... een soort van gele kaart ... De klacht is gegrond verklaard en er volgt geen enkele sanctie ... En dankzij die artsen ben ik het gezag over mijn kinderen kwijt ... Ik kan nu nergens met mijn klachten terecht omdat ik nu niemand kan vertrouwen.'

Een kleine minderheid van de klagers was tevreden met de tuchtrechtprocedure, vooral omdat het college verheldering in de zaak bracht.

[Klager]: 'Ach, een waarschuwing of een berisping ... Meestal zijn de dokters niet brandend om zulke dingen te krijgen, heb ik begrepen. Maar het gaat mij om dat er letterlijk werd gezegd dat hij [arts] dat verkeerd heeft gedaan. En voor de rest, of hij geschorst is of wat anders krijgt ... laat mij een beetje koud.'

De tevredenheid met de tuchtrechtprocedure onder de aangeklaagde artsen hangt vrijwel direct samen met de uitspraak. In alle gevallen waarin de klacht gegrond werd verklaard, waren de aangeklaagde artsen ontevreden, en omgekeerd.

[Aangeklaagde]: 'Ik verwachtte dat het, wellicht, tot in detail over de zaak gesproken zou worden. Wat dat betreft is dat slechts voor een deel gedaan. Maar dat het nog door de niet medische leden een aantal vragen werd gesteld ... waar ik werkelijk niet had begrepen waarom ze die stelden ... Ik vond dat juristen op dat gebied ondeskundig waren. Nee ... ik beschouw het tuchtrecht in mijn zaak

als genoegdoening aan de patiënt en niet als de verbetering van de gezondheidszorg.’

[Aangeklaagde]: ‘Nee, ik ben niet tevreden. Ik had altijd hoogste respect gehad voor het tuchtcollege. Ik ben ook lid van de maatschappij voor de geneeskunde. Ik lees elke week Medisch Contact en daar staan ook al die verslagen in. Ik had wel diep respect voor, maar ik vind dat ik zeer, zeer slecht behandeld werd. Rommelig, onjuist en niet objectief. Dat heeft mij heel diep teleurgesteld.’

[Aangeklaagde]: ‘Ik heb verwacht dat het tuchtcollege meer evenwicht zou hebben gezocht naar vóór- en tegenargumenten. Maar eigenlijk is er nauwelijks gezocht naar de tegenargumenten. En in dat opzicht is aan mijn verwachtingen ook niet voldaan.’

4.5. *Natraject arts-patiënt-contact*

Na de ervaringen met de zittingen te hebben gehoord, zijn beide groepen (klagers en aangeklaagde artsen) gevraagd naar het eventuele contact tussen hen na afloop van de tuchtprocedure. Aan de klagers/patiënten is gevraagd of ze na de uitspraak iets van de arts hebben gehoord. Het antwoord was in alle gevallen negatief.

Aan de aangeklaagde artsen is gevraagd of ze na de uitspraak met de patiënten contact hebben opgenomen en/of gezocht. Deze vraag werd door alle aangeklaagde artsen negatief beantwoord, met als belangrijke reden dat de arts-patiënt-relatie reeds was beëindigd.

4.6. *De gevolgen van de tuchtrechtprocedure voor de praktijkvoering door de arts*

Aan de aangeklaagde artsen is gevraagd of, en zo ja in welke mate, de tuchtrechtprocedure heeft geleid tot wijzigingen in hun praktijkvoering of in de contacten met patiënten. Volgens de artsen die als maatregel een waarschuwing opgelegd kregen, heeft deze twee kanten: een formele en een emotionele. Formeel gezien erkennen de artsen dat deze maatregel de lichtste vorm is, maar ook dat er geen aantekening in het BIG-Register komt te staan. Anderzijds betekent ook een waarschuwing voor de artsen ‘gevoelsmatig heel veel’, niet in het minst omdat een meerderheid van de betrokken artsen meent dat de maatregel onterecht is opgelegd.

Uit de jurisprudentie van de tuchtcolleges blijkt dat bij het opleggen van een maatregel onder meer wordt gekeken naar de mate waarin de aangeklaagde er blijkt van geeft lering uit de casus te trekken en/of blijkt geeft van inzicht in de (on)juistheid van de verweten gedraging.²⁸ Is dit het geval, dan kan dat er in het geval van een gegrond verklaarde klacht toe leiden dat een minder zware maatregel wordt opgelegd.

Waar het gaat om het effect van de tuchtuitspraak in het geval van een gegrond verklaarde klacht, zegt een meerderheid van de betrokken artsen veranderingen in de praktijkvoering te hebben aangebracht. Als belangrijkste verandering wordt

28 Zie bijv. Regionaal Tuchtcollege Zwolle 26 juli 2006, 2006/150; Centraal Tuchtcollege 27 november 2007, 2007/090.

genoemd: defensieve geneeskunde. Daarmee wordt bedoeld dat de arts onnodige onderzoeken en/of geneesmiddelen voorschrijft. De artsen zijn overigens van mening dat deze keuze onwenselijk is, maar toch kiezen zij ervoor:

[Arts]: 'Ik ben nu geneigd dat als patiënt A zegt ... en ook al vind ik dat het onzin is ... dat dan toch maar te doen. Ook al denk ik dat het medisch zinloos is.'

Dit geldt overigens ook voor een aantal artsen in wier geval de tuchtklacht ongegrond werd verklaard. Zij hopen door defensieve geneeskunde te voorkomen dat zij opnieuw met een lange en belastende tuchtrechtprocedure worden geconfronteerd.

Een andere verandering heeft betrekking op de administratieve zaken, zoals het maken van aantekeningen in het medisch dossier. Dat zeggen de artsen als gevolg van de tuchtrechtprocedure gedetailleerder te zijn gaan doen. Ook deze verandering komt overigens in beide gevallen naar voren, zowel bij gegrond als bij ongegrond verklaarde klachten. Vrijwel unaniem werd door de aangeklaagde artsen geantwoord dat de tuchtklacht niet heeft geleid tot veranderingen in de communicatie met patiënten.

[Aangeklaagde]: 'Als ik naar mijn houding kijk, dan is mijn houding vrij open, laagdrempelig en ik denk niet dat het veranderd is.'

[Aangeklaagde]: 'Nee, mijn communicatie met patiënten is niet veranderd. Ik werk al 20 jaar en heb nog nooit een klacht gehad.'

4.7. Verbeterpunten

Er is sinds 2006 een discussie gaande over een mogelijke herziening van het wettelijk tuchtrecht. Zowel in het in 2006 gepubliceerde rapport 'Beleidsuitgangspunten wettelijk geregelde tuchtrecht'²⁹ als in standpunten die de regering naar aanleiding van dat rapport heeft ingenomen,³⁰ worden tal van aanpassingen van het tuchtrecht voorgesteld. Deels komen deze overeen met aanbevelingen uit het in 2002 verschenen evaluatierapport met betrekking tot de Wet BIG. De belangrijkste aanbevelingen zijn: het instellen van één onafhankelijk loket voor het indienen van klachten, de mogelijkheid tot het indienen van de klacht tegen een collectief van beroepsbeoefenaren en het toekennen aan de tuchtrechter van de bevoegdheid om tot schadevergoeding te besluiten. In het kader van het onderhavige onderzoek is aan de respondenten gevraagd of zij verbeterpunten zien met betrekking tot het tuchtrecht.

4.7.1. Huidige samenstelling tuchtcollege

Op grond van artikel 55 Wet BIG bestaat het regionale tuchtcollege uit twee rechtsgeleerde leden en drie leden-beroepsgenoten. Alle respondenten is gevraagd naar

29 Rapport van de werkgroep tuchtrecht in het kader van Bruikbaar rechtsorde, Beleidsuitgangspunten wettelijk geregelde tuchtrecht, Den Haag 2006.

30 Zie ook Kamerstukken 2007/08, 29 279, nr. 61; Kamerstukken II 2008/09, 31700 XVI, nr. 89.

hun mening over de huidige samenstelling van het tuchtcollege. De helft van alle ondervraagde klagers is ontevreden over de huidige samenstelling, met als belangrijkste bezwaar dat het college in hun ogen niet onpartijdig is. In dit opzicht wordt door de patiënten/klagers gesproken over 'één wereld'.

[Klager]: 'Ik heb nooit over geld gesproken en daarom vind ik steeds zo vreemd dat je ziet hoe zo'n kluitje in mekaar zit ... die artsen onder elkaar. Ook al kunnen ze elkaar rauw eten, maar ze houden de hand boven het hoofd als ze in de fout gaan ... Dan willen ze graag steun van elkaar.'

[Familielid]: 'Dat ze [artsen] zich altijd verschuilen achter een hoger iemand en die houden elkaar de hand boven het hoofd ... Dat vind ik het ergste van alles; dat artsen zo beschermd worden, ook als ze een fout maken.'

Twijfels van de klagers over de onpartijdigheid worden versterkt in het geval een klacht ongegrond wordt verklaard, maar ook indien bij een gegrond verklaarde klacht in de ogen van de klager een te lichte maatregel wordt opgelegd.

De klagers die minder problemen hebben met de huidige samenstelling van het tuchtcollege maken nog wel andere opmerkingen. Zij menen dat de samenstelling er wel toe bijdraagt dat het college zich te zakelijk opstelt en te weinig aandacht heeft voor de voor de klager zo belangrijke emotionele kant van de zaak.

In tegenstelling tot de klagers is de meerderheid van ondervraagde artsen wel tevreden met de huidige samenstelling van het tuchtcollege. Een minderheid is minder tevreden met de aanwezigheid van juristen in het college. Volgens deze artsen dragen de juristen niet bij aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar zorgen ze er vooral voor dat de zaak op een (te) formele en procedurele manier wordt afgehandeld.

[Arts]: '(...) Ik vind dat er geen juristen in het tuchtcollege zouden moeten zitten, omdat ze vanuit een heel ander perspectief naar de klacht kijken. En wat ik ik tot nu toe heb gezien is dat er meer schade is aangebracht: de procedure wordt op een formele en procedurele manier benaderd en dat doet geen goed aan de inhoud van de zaak.'

Er zijn recentelijk voorstellen gedaan om de samenstelling van het tuchtcollege te wijzigen, bijvoorbeeld door het college uit te breiden met een lid dat tot taak heeft het patiëntenperspectief te behartigen.³¹ In dit onderzoek zijn beide groepen respondenten gevraagd naar hun mening over het toevoegen van het patiëntenperspectief aan de huidige samenstelling van het tuchtcollege. Volgens een meerderheid van de klagers is dit voorstel een goed idee. Zij hopen dat hierdoor meer aandacht gegeven kan worden aan de, voor veel patiënten belangrijke, emotionele kant van de klacht.

31 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Standpunt KNMG inzake de toekomstige regeling van het wettelijk tuchtrecht, Utrecht 2007, p. 8.

Onder de artsen zijn de meningen verdeeld. Ongeveer de helft van de artsen vindt een wijziging van het college op dit punt overbodig, nu ook de juristen het patiëntenperspectief kunnen bewaken en bevorderen. Enkele artsen zien juist als bezwaar dat met de inbreng vanuit het patiëntenperspectief te veel aandacht zal gaan naar emotionele aspecten. Dat is naar hun mening niet het primaire doel van het tuchtrecht.

[Arts]: ‘Het tuchtrecht is volgens mij bedoeld om het medisch handelen te bevorderen. De uitspraken kunnen leiden tot: “zo moet je het doen” en dat heeft natuurlijk consequenties voor het medisch handelen. Het tuchtrecht moet niet worden gebruikt voor iedereen die daar gaat schreeuwen en gillen.’

4.7.2. Financiële compensatie

Een ander recent voorstel betreft de mogelijkheid dat de tuchtrechter schadevergoeding toekent aan de klager.³² Hierbij wordt gedacht aan de situatie dat de tuchtrechter tot een oordeel komt dat een beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en er sprake is van een relatief geringe schade (maximaal € 5.000). Hierdoor zou voorkomen kunnen worden dat de patiënt met betrekking tot schadevergoeding nog een aparte procedure zou moeten voeren. Een grote meerderheid van de klagers/patiënten vindt dat het inderdaad mogelijk moet zijn dat de tuchtrechter een financiële vergoeding aan een klager kan toekennen. Hierbij is mogelijk van belang dat van elf van de in het kader van dit onderzoek geïnterviewde klagers na(ast) een tuchtrechtprocedure ook de schadevergoedingsprocedure hebben gestart. Een minderheid van de klagers is van mening dat het tuchtrecht niet bedoeld is voor schadevergoeding en vreest dat deze verandering de tuchtrechtprocedure minder toegankelijk zou maken. Deze mening wordt gedeeld door vrijwel alle onderzochte artsen. Zij zijn van mening dat er voldoende andere mogelijkheden bestaan voor het verkrijgen van schadevergoeding en dat dit geen taak voor de tuchtrechter is.

4.7.3. Verplichte aanwezigheid arts

Artikel 67 Wet BIG biedt beide partijen, klager en aangeklaagde, de mogelijkheid om de zitting bij te wonen en te worden gehoord. Dat betekent dat er geen verplichting bestaat om tijdens de zitting ‘in persoon’ aanwezig te zijn. De partijen kunnen zich op grond van artikel 65 lid 9 Wet BIG laten vertegenwoordigen door een gemachtigde (of doen bijstaan door een raadsman). Aan beide groepen respondenten is gevraagd of de aanwezigheid van de aangeklaagde artsen ‘in persoon’ verplicht moet worden gesteld. De meerderheid van de patiënten/klagers heeft daarop positief geantwoord. De belangrijkste reden voor de verplichte aanwezigheid van de arts op de zitting werd genoemd dat de arts zich zowel tegenover het tuchtcollege als tegenover de patiënt/klager moet verantwoorden. Bij enkele klagers spelen ook wraakgevoelens een rol.

32 Rapport van de werkgroep tuchtrecht in het kader van Bruikbaar rechtsorde, zie noot 29, p. 42.

[Klager]: 'Ja, dat was voor mij ook een punt, dat ik hem [arts] graag aan de schandpaal wilde zien. Dat was mijn bedoeling en dat is mij ook gelukt: hij [arts] was daar aanwezig.'

Enkele klagers zouden zich prettiger en vrijer hebben gevoeld als de arts niet op de zitting aanwezig was geweest.

[Klager]: 'Nee, ik wilde geen confrontatie met hem [arts]. Dit is toch een heel vervelende situatie wat ook heel veel spanningen oproept. Ik had liever dat hij [arts] daar niet was geweest. Want als ik daar zit om iets aan het tuchtcollege te vertellen en als hij [arts] "nee" zit te schudden of zo'n gezicht trekt ... dat beïnvloedt mijn verhaal op een non-verbale manier. En dat deed hij [arts] ook en dat was niet prettig.'

Al met al is een minderheid van de geïnterviewde klagers van mening dat er geen verplichting tot aanwezigheid van de arts dient te worden ingevoerd. Van de aangeklaagde artsen vindt de helft dat de aanwezigheid 'in persoon' verplicht moet worden gesteld, met als belangrijkste reden dat het de mogelijkheid biedt om extra toelichting aan het college te geven. Tevens vinden deze artsen dat de aanwezigheid in persoon de klager laat zien dat hij serieus genomen wordt. De andere helft van de artsen is van mening dat het aan de aangeklaagde zelf overgelaten moet worden of hij verschijnt.

4.7.4. Algemene verbeterpunten

Aan alle respondenten is gevraagd naar eventuele andere verbeterpunten. Het grootste bezwaar dat door zowel klagers als aangeklaagde artsen wordt genoemd, is de lange duur van de tuchtrechtprocedure. Door veel klagers wordt nog een ander bezwaar genoemd: het gebrek aan therapeutische werking van de zitting. Daaronder verstaan zij: de gelegenheid om gehoord te worden en meer aandacht voor de persoon van de klager en diens beleving. Slechts één klager is voorstander van een actievere rol van het tuchtcollege bij de mediation tussen klager en aangeklaagde.

[Klager]: '(...) In de hele procedure moet voor het slachtoffer en de dader een ruimte worden geboden om contact met elkaar te hebben. Dat je [als arts] kunt uitleggen waarom je een fout hebt gemaakt en dat je daar ook wat van geleerd hebt. Het is mooi dat als je elkaar nog een keer ergens tegenkomt, het uit de weg is: de lading van de klager neemt af, die woede en verdriet neemt af. Ik vind als iemand zo'n fout heeft gemaakt waardoor zoveel verdriet en boosheid aangericht wordt, dan moet je alles ervoor doen om dat af te bouwen.'

De door de artsen meest gewenste verbeteringen zijn: betere mediation, desnoods verplicht. Verder pleit de meerderheid van de artsen voor betere informatie over de werkwijze van het tuchtcollege en over het tuchtrecht. Andere genoemde verbeterpunten zijn: vereenvoudiging van de procedurele en administratieve afhandeling van zaken, aanwezigheid van lid-beroepsgeenoot van dezelfde discipline als de aangeklaagde arts (hetgeen op dit moment niet altijd gebeurt), en ook het invoeren van

de mogelijkheid tot gegrondverklaring van een klacht zonder oplegging van maatregel.

5. Beschouwing

Met onderzoek is beoogd het in kaart brengen van de ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht in de gezondheidszorg. Hierdoor kan inzicht worden verkregen in de opvattingen over de efficiëntie en doeltreffendheid van dit tuchtrecht. Het onderzoek is opgezet als een kwalitatief onderzoek, hetgeen beperkingen met zich meebrengt. Daarbij gaat het zowel om de aantallen respondenten die geïnterviewd zijn als om de kenmerken van de tuchtprocedures waarbij zij betrokken waren. Gelet op de omvang van de respondentengroep is bij het generaliseren van ervaringen en bevindingen terughoudendheid geboden. Er kunnen geen uitspraken worden gedaan over de omvang van de aspecten en belevingen die zij naar voren brengen. Wel is de respondentengroep qua omvang en verdeling zo ingericht, dat aangenomen mag worden dat de ervaringen en bevindingen van de respondenten op zijn minst indicatief zijn voor de ervaringen en bevindingen die onder klagers en aangeklaagden in het algemeen leven. Ten aanzien van de kenmerken van de tuchtprocedures waarbij de respondenten betrokken waren, springt vooral in het oog dat het aantal gegrond verklaarde klachten in beide groepen hoger ligt dan in het algemeen het geval is. Dit kan in zoverre tot enige vertekening van de resultaten leiden dat de geïnterviewde patiënten vaker dan gemiddeld gelijk hebben gekregen van de tuchtrechter en de geïnterviewde artsen vaker dan gemiddeld ongelijk. Hierdoor is voorstelbaar dat de ervaringen van de geïnterviewde patiënten positiever uitvallen dan gemiddeld en die van de geïnterviewde artsen negatiever.

Als het gaat om de tuchtrechtprocedure ervaren zowel de klagers als de aangeklaagde artsen deze procedure als formeel en zakelijk. Het wordt niet helemaal duidelijk in hoeverre deze kenmerken als een drempel worden ervaren, maar zeker voor de klagers geldt dat zij een formele en zakelijke houding snel lijken te associëren met door hen als negatief ervaren afstandelijkheid. Er komt nog bij dat de zitting van het tuchtcollege in een gerechtsgebouw plaatsvindt, hetgeen door een aantal respondenten als negatief wordt ervaren. Voorts ervaren patiënten de tuchtprocedure niet als laagdrempelig, niet alleen omdat zij niet beschikken over de benodigde kennis op medisch gebied, maar ook omdat de procedure veel tijd en energie kost. Die laatste mening wordt door de aangeklaagde artsen gedeeld. Als een van de belangrijkste bezwaren van vrijwel alle respondenten is genoemd: de lange duur van de procedure. De moeite met de lange duur komt vanwege de daarmee verbonden emotionele druk.

Ook qua verwachtingen met betrekking tot het tuchtcollege zijn er verschillen tussen beide groepen respondenten. Uit het onderzoek komt naar voren dat de meerderheid van de respondenten uit beide groepen over de sfeer tijdens de zitting overwegend positief is. Echter, ook in dat kader worden enkele negatieve aspecten genoemd. De onder klagers bestaande ontevredenheid met de inrichting en het

verloop van de zitting lijkt samen te hangen met het gevoel dat het tuchtcollege er toch voor hen is: zij zijn immers de dupe geworden van een medische fout (c.q. verkeerde handeling van de arts). De klagers gaat het vooral om de behoefte aan een therapeutische werking van de zitting, dat wil zeggen dat zij genoeg tijd krijgen om hun verhaal te doen. Op dit moment wordt dat door hen niet altijd zo ervaren. De aangeklaagde artsen verwachten juist een goede voorbereiding van het tuchtcollege, zodat tijdens de zitting herhalingen van eerdere informatie-uitwisselingen kunnen worden voorkomen.

Tevens hechten beide groepen respondenten veel waarde aan een 'juiste' samenstelling van het tuchtcollege.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn onder meer van belang vanwege de vraag naar de doeltreffendheid van de huidige Wet BIG. Doeltreffendheid betreft de mate waarin de doelstellingen wordt bereikt en de beoogde effecten worden gerealiseerd. Een van de vereisten voor doeltreffendheid is dat de te bereiken doelen helder zijn.³³ Een van bevindingen van het onderzoek is dat een deel van de bestaande ontevredenheid met de tuchtprocedure, vooral onder klagers, verband lijkt te houden met gebrek aan kennis over het doel en de (on)mogelijkheden van het tuchtrecht. Al tijdens de evaluatie van de Wet BIG³⁴ werd duidelijk dat van een gebrek aan kennis over het tuchtrecht sprake is. Dat blijkt nog steeds het geval te zijn. De helft van de ondervraagde klagers en aangeklaagden was (enigszins) op de hoogte van het doel van het tuchtrecht en van de werkwijze van het tuchtcollege. Volgens veel klagers is het tuchtrecht bedoeld voor de 'bestrafing' van artsen, hetgeen onder hen leidt tot ontevredenheid, hetzij over het opleggen van als te mild ervaren 'straffen', hetzij over de onmogelijkheid tot het ongedaan maken van handelingen van de arts. Dat klagers ontevreden (kunnen) zijn over de te milde 'straffen' die in het geval van een gegrondverklaring van de klacht worden opgelegd, betekent echter niet dat het opleggen van een maatregel voor hen in alle gevallen het ultieme doel is. Het blijkt dat voor een aantal klagers voldoende is dat zij gehoord worden op een in hun ogen adequate manier en dat de arts op zijn fout(en) wordt gewezen. In dat licht bezien, lijken ook patiënten soms begrip te kunnen opbrengen voor een gegrondverklaring van de klacht zonder oplegging van een maatregel, een variant die nu al door de tuchtcolleges wordt toegepast en die ook in de wetgeving zal worden vastgelegd.³⁵

In alle gevallen bleken de ondervraagde artsen voor de eerste keer bij het tuchtcollege te zijn aangeklaagd. In reactie op de procedure geeft een aantal van hen aan dat de ervaring met het tuchtcollege tot defensieve geneeskunde heeft geleid. De vraag is of het hierbij gaat om een 'eerste reactie' op de ervaring met het tuchtrecht of om een bestendige gedragslijn. Mogelijk houdt defensieve geneeskunde als reactie op de tuchtprocedure verband met onvolkomenheden in de motivatie van de tuch-

33 G.J. Veerman, *Over wetgeving. Principes, paradoxen en praktische beschouwingen*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2009, p. 175.

34 J.M. Cuperus-Bosma, e.a., zie noot 1.

35 Jaarverslag Tuchtcolleges 2006-2007, zie noot 13. Zie ook KNMG, zie noot 31; F.A.G. Hout, zie noot 2, p. 119-131.

trechtuitspraken, maar ook kan een verband bestaan met de denkwijze van de arts met betrekking tot klachten en fouten.³⁶ Voorstelbaar is ook dat een rol speelt dat aangeklaagden veelal niet weten wat de beweegredenen van de patiënt waren voor het indienen van de tuchtklacht.

Een algemene bevinding uit dit onderzoek is dat in de verschillende stadia van het traject weinig tot geen persoonlijk contact plaatsvindt tussen arts en patiënt. De redenen hiervoor lopen uiteen. Terwijl de klagers menen dat het de taak van de aangeklaagde arts is om contact met zijn patiënt op te nemen, is het aankondigen of indienen van een tuchtklacht voor artsen de belangrijkste reden om niet zelf met de patiënt contact op te nemen. Dat de arts hiervan afziet, versterkt vervolgens de mening van de klager dat de arts zich defensief opstelt. De kwestie van contact in een vroege fase is van belang, omdat de helft van de geïnterviewde klagers meent dat de tuchtklacht mede daardoor voorkomen had kunnen worden. Dergelijke bemiddeling zou de partijen tot meer begrip voor elkaars standpunten kunnen brengen. De arts kan dan beter de werkelijke motieven en zorgen van de klager (patiënt) begrijpen en krijgt de kans daarop in een vroeg stadium adequaat te reageren. Dat kan de klager helpen om op zijn beurt te ervaren dat ook voor de arts de tuchtprocedure een emotionele aangelegenheid is. Zodra de patiënt besluit een tuchtklacht in te dienen, nemen de mogelijkheden voor een de-escalerende aanpak van de klacht, door bemiddeling of mediation, echter sterk af.

De beleving van klagers van gebrekkige therapeutische werking van de tuchtprocedure is begrijpelijk, maar loopt enigszins uit de pas met de doelstellingen van het tuchtrecht. Genoegdoening bieden aan de patiënt is niet de hoofddoelstelling van de tuchtprocedure. Op dit punt leidt de primaire doelstelling van het tuchtrecht, verbetering van de kwaliteit van zorg, wel tot een dilemma. Is in termen van behoud en herstel van de arts-patiëntrelatie voor een bemiddelende aanpak veel te zeggen, de kwaliteitsdoelstelling kan door bemiddeling en het eventueel intrekken van klachten wel in het gedrang komen. Die doelstelling is immers in belangrijke mate gebaseerd op de gedachte van de openbaarheid van normerende uitspraken van het tuchtcollege.

6. Aanbevelingen

In het verlengde van het voorafgaande kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

1. De kennis over de doelstellingen en de inhoud van het tuchtrecht onder klagers en aangeklaagden is niet toereikend. De overheid is voornemens patiënten beter over het klachtrecht, waaronder de tuchtprocedure, te gaan informeren.³⁷ Het gebrek aan kennis onder beroepsbeoefenaren blijkt onder meer uit het mis-

36 Zie bijv. S.A. Almond, *Walking the tightrope*, Hospital Doctor 2006, p. 25; B. Marshall & J.D. Kapp, *Legal anxieties and medical mistakes*, JGIM 1997/12 (12), p. 787-788.

37 Bijv. discussie rond het centrale loket in: Rapport van de werkgroep tuchtrecht in het kader van Bruikbaar rechtsorde, zie noot 29.

kennen van de betekenis van de rechtszitting in de tuchtprocedure. Tevens blijkt uit het onderzoek dat patiënten het contact in een vroeger stadium met de arts op prijs stellen, terwijl de aangeklaagde artsen dat gevoel niet hebben. Hier komt een kennelijk nog onontgonnen terrein boven water: hoe kan de arts zich in de vroege fase van de klacht zo opstellen dat onnodige formalisering daarvan en mogelijk ook de tuchtprocedure, kunnen worden voorkomen? Het is daarom van belang naast patiënten tevens onder het tuchtrecht vallende beroepsbeoefenaren beter te informeren, niet alleen over het doel van het tuchtrecht, maar ook over de motieven van patiënten om een klacht in te dienen, de verwachtingen van de patiënten en het omgaan met de klachten.

2. Reeds eerder is opgemerkt dat huidige wetgeving de mogelijkheid biedt om tijdens het vooronderzoek beide partijen te horen en een minnelijke oplossing te realiseren. Deze optie wordt echter relatief weinig beproefd. Er blijken op dit punt tussen de verschillende colleges aanzienlijke verschillen te bestaan.³⁸ Meer consistentie tussen het beleid van de colleges op dit punt is aangewezen.
3. Het bieden van genoegdoening aan de patiënt is niet de hoofddoelstelling van de tuchtprocedure, maar een nevendoelstelling. Niettemin wordt door klagers aan de therapeutische werking van de procedure en de zitting veel waarde gehecht. Hieraan kan worden bijgedragen door uiteenlopende grotere en kleinere maatregelen, zoals: duidelijke kennismaking aan het begin van de zitting, het plaatsen van bordjes met de naam en functie van de leden van de tuchtcolleges, meer zichtbare betrokkenheid van het tuchtcollege, meer tijd voor de klager om het woord te voeren.
4. De lange duur van de procedure wordt zowel door klagers als aangeklaagden als een van de grootste bezwaren genoemd. Het is van belang maatregelen te nemen die ertoe leiden dat de doorlooptijd van een tuchtprocedure (aanzienlijk) wordt verkort.

38 Jaarverslag Tuchtcollege 2006-2007, zie noot 13.